

Wichtige Neuregelung der Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45 a/b SGB XI) ab 1.7.08

Ab dem 1.7.08 kommt es zu erheblichen Verbesserungen bei diesen Leistungen. Zum einen werden sie nun auch vor Erreichen der Pflegestufe 1 gewährt und zum anderen erhöhen sie sich erheblich.

Mit den Leistungen sollen Pflegebedürftige, die einen besonders hohen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung haben, unterstützt werden. Sie richten sich ausdrücklich an Demenzkranke, aber auch an Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen.

Demenzkranken können durch diese Regelung bis zu 2.400 € im Jahr (seither nur 460 € im Jahr) zusätzlich erhalten. Die Leistung erhalten nur Pflegebedürftige, die nicht dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung leben. Sie stehen nicht zur freien Verfügung, sondern können nur für bestimmte Hilfeleistungen eingesetzt werden (siehe weiter unten).

Gewährt wird entweder ein Grundbetrag von 100 € im Monat oder ein erhöhter Betrag von 200 € im Monat. Das sind dann insgesamt 1.200 oder 2.400 € im Jahr. Außerdem sollen nun Demenzkranke und andere psychisch beeinträchtigte Menschen diese Leistung auch erhalten, wenn sie noch keine Pflegestufe zuerkannt bekommen. Es muss allerdings zumindest bereits ein geringer grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfebedarf vorhanden sein. Dazu genügt z.B., dass einmal in der Woche Hilfe beim Baden erforderlich ist und der Demenzkranke Unterstützung beim Kochen oder Wäsche Waschen braucht.

Die Anerkennung eines „erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs“ muss im Rahmen der Begutachtung zur Einstufung in der Pflegeversicherung automatisch erfolgen. Die Gutachter des medizinischen Dienstes müssen dazu aus einer Liste von 13 Fähigkeitseinschränkungen (siehe folgende Tabelle) überprüfen, welche davon für den Pflegebedürftigen zutreffen. Wichtig ist, dass die Beeinträchtigungen täglich zu einem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf führen und voraussichtlich über mindestens ein halbes Jahr hinweg bestehen werden.

Um den Grundbetrag von 100 € monatlich zu erhalten (erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz), müssen von den 13 möglichen Fähigkeitseinschränkungen mindestens zwei gegeben sein, davon eine aus dem Bereich 1.-9. (damit entsprechen die Begutachtungskriterien für den Erhalt des Grundbetrags den seitherigen Kriterien zum Erhalt der 460 € jährlich). Der erhöhte Betrag von 200 € monatlich (erhöhte Einschränkung der Alltagskompetenz) wird gewährt, wenn mindestens eine weitere Fähigkeitseinschränkung aus dem Bereich 1.-5. oder 9. oder 11. hinzukommt.

Begutachtungskriterien für Leistungen nach § 45 a/b:

Grundbetrag (100 € monatlich): mindestens zwei Fähigkeitseinschränkungen müssen gegeben sein, davon eine aus dem Bereich 1. – 9.
Erhöhter Betrag (200 € monatlich): zusätzlich ein Kriterium aus 1. – 5. oder 9 oder 11 (*kursiv*).

Bereich 1. – 9.	Bereich 10. – 13.
1. <i>Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“),</i> 2. <i>Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen,</i> 3. <i>Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen,</i> 4. <i>Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation,</i> 5. <i>In Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten,</i> 6. Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen, 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung, 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben, 9. <i>Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus,</i>	10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren, 11. <i>Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen,</i> 12. <i>Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten,</i> 13. <i>Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.</i>

Nähere Erläuterungen zu den 13 Fähigkeitseinschränkungen finden Sie im Infoblatt „Hinweise zu Anerkennung und Höherstufung bei Pflegeversicherungsleistungen nach § 45b“

Für die meisten Demenzkranken treffen bereits sehr früh die Einschränkungen in Punkt 8. und 10. zu (in der Tabelle fett gedruckt). Damit müssten die meisten Demenzkranken selbst vor Anerkennung der Pflegestufe 1 den Grundbetrag von 100 € monatlich erhalten (wenn zugleich ein geringer pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfebedarf vorhanden ist).

Auch immobile und bettlägerige demenzkranke Menschen haben Anspruch auf diese Leistungen, wenn die oben genannten Kriterien auf sie zutreffen. Bei Demenzkranken im fortgeschrittenen Krankheitsstadium treffen die Einschränkungen in Punkt 6., 8. und 10. immer zu. Somit haben sie in jedem Fall Anspruch auf den Grundbetrag von 100 € monatlich. Die Betreuungsbedürftigkeit darf nicht abgelehnt werden, weil Demenzkranke nicht mehr gehen, sich nicht mehr

bewegen oder sie nicht mehr sprechen können. Dies käme einer Aberkennung des Bedarfs an Zuwendung und Betreuung gerade der am meisten abhängigen und hilflosen Menschen gleich.

Beantragen der Leistungen:

Pflegebedürftige, die bisher bereits Anspruch auf die Leistung von 460 € jährlich hatten, werden ab 1.7.08 automatisch den Grundbetrag von 100 € monatlich erhalten. Um den erhöhten Betrag von 200 € zu erhalten, muss ein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt werden. Auch Pflegebedürftige, die zwar eine Pflegestufe haben, aber bisher noch keine Leistungen bei hohem allgemeinem Betreuungsbedarf erhielten, müssen diese beantragen. Pflegebedürftige, bei denen die Pflegeeinstufung schon einmal beantragt, aber abgelehnt wurde, können erneut einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen oder auch nur die Leistungen nach § 45b (bei erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand) beantragen.

Bei Neuanträgen zur Pflegeeinstufung muss grundsätzlich auch der mögliche Anspruch auf Leistungen bei hohem allgemeinem Betreuungsbedarf mit begutachtet werden. Werden bei einem Erstantrag nur Leistungen nach § 45b und keine Pflegeeinstufung beantragt, wird trotzdem das komplette Pflegegutachten vom Gutachter erstellt.

Um einschätzen zu können, ob der Pflegebedürftige den Grundbetrag oder den erhöhten Betrag erhalten sollte, lesen Sie bitte das Informationsblatt „Hinweise zu Anerkennung und Höherstufung bei Pflegeversicherungsleistungen nach § 45b“ durch. Auch wenn der Kranke ähnliche Verhaltensweisen zeigt oder ähnliche Einschränkungen hat, sollten Sie einen Antrag stellen.

Wie können die Leistungen zeitlich bezogen werden?

Die Leistung wird zwar monatlich gewährt, sie verfällt jedoch nicht, wenn sie in einem Monat nicht abgerufen wird. Sie kann über das Jahr hinweg angehäuft werden. Werden also z.B. ab Januar 200 € monatlich gewährt, stehen im Juni insgesamt 1.200 € (6 mal 200 €) zur Verfügung, wenn bis dahin nichts verbraucht wurde.

Darüber hinaus werden nicht ausgeschöpfte Leistungen aus einem Jahr ins nächste Jahr übertragen. Allerdings müssen diese Restleistungen dann bis zum 30.6. des Folgejahres verbraucht werden. Danach verfallen sie. (früher war eine Übertragung bis 31.12. des Folgejahres möglich).

Zusätzliche Beratungsbesuche

Versicherte, die noch keine Pflegestufe haben, aber bereits Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45 b erhalten, haben nun auch Anspruch auf einen kostenlosen halbjährlichen Beratungseinsatz durch einen Pflegedienst (siehe vorigen Abschnitt).

Widerspruchsmöglichkeit:

Wird von der Pflegekasse kein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf anerkannt oder nur der Grundbetrag von 100 € monatlich gewährt, kann selbstverständlich wie bei der Pflegeeinstufung Widerspruch gegen die Entscheidung eingelegt werden oder nach einer gewissen Zeit erneut die Anerkennung beantragt werden. Es gelten dieselben Regelungen wie beim Widerspruchverfahren bei der Pflegeeinstufung.

Wofür können die Leistungen verwendet werden?

Die 1.200 oder 2.400 € im Jahr können zweckgebunden für folgende Ausgaben eingesetzt werden:

1. Ungedekte Kosten bei der Nutzung von **Tagespflege, Nachtpflege oder Kurzzeitpflege**
2. Kosten für die **allgemeinen Betreuung und Anleitung durch Pflegedienste** (**Achtung:** Kosten für grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen werden **nicht** übernommen, da sie bereits bei den „Pflegesachleistungen“ der Pflegeversicherung übernommen werden)
3. Kosten für sonstige **regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote**, die „nach Landesrecht“ anerkannt sind.

Mit **regionalen Betreuungs- und Entlastungsangeboten** sind vor allem „niedrigschwellige“ Betreuungsangebote gemeint wie Betreuungsgruppen für Demenzzranke, Helferkreise oder Familienentlastende Dienste. Da die Leistungen nur für Angebote eingesetzt werden können, die „nach Landesrecht“ anerkannt sind, sollten Sie sich vorab bei einem Angebot, dass Sie nutzen möchten, erkundigen, ob die Kosten dafür nach § 45 b mit der Pflegekasse abgerechnet werden können. Sicherheitshalber können Sie sich auch noch direkt bei der Pflegekasse (oder notfalls dem Sozialministerium ihres Bundeslandes) erkundigen, die eine Liste der anerkannten Betreuungsangebote vorliegen haben.

Wie werden die Leistungen erstattet?

Die Leistungen werden erst nach Vorlage von Belegen oder schriftlichen Nachweisen erstattet. Das heißt, Sie müssen die Kosten zunächst selbst übernehmen und die Belege sammeln und dann immer wieder bei der Kasse einreichen. Der Einfachheit halber sind allerdings auch schon eine Reihe von Kassen dazu übergegangen, direkt mit den Angeboten abzurechnen, wenn z.B. eine entsprechende Vollmacht des Pflegebedürftigen vorliegt.

Werden in einem Jahr die Leistungen nicht ausgeschöpft, **kann der verbleibende Betrag in das erste Halbjahr des folgenden Jahres übertragen werden.**

Weitere Leistungen

Zusätzlich können Sie, auch wenn noch keine Pflegestufe anerkannt wurde, halbjährlich einen kostenlosen Beratungsbesuch durch einen Pflegedienst ihrer Wahl oder eine andere von der Pflegekasse anerkannte pflegefachliche Beratungsmöglichkeit in Anspruch nehmen. Wenn bereits eine Pflegestufe zuerkannt wurde und Sie nur Pflegegeld beziehen, können Sie bei Pflegestufe 1 und 2 halbjährlich zwei solcher Beratungsbesuche und bei Pflegestufe 3 sogar vierteljährlich zwei Beratungsbesuche kostenlos in Anspruch nehmen (siehe auch Kapitel 8.4).

Verbesserungen für Pflegebedürftige mit hohem allgemeinen Betreuungsbedarf auch im Pflegeheim

Pflegeheime können für jeden Bewohner, bei dem ein hoher allgemeiner Betreuungsbedarf festgestellt wurde, einen Leistungszuschlag von der Pflegekasse fordern. Es reicht die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz (zwei Fähigkeits Einschränkungen, davon eine aus dem Bereich 1.-9.). Die Heime erhalten den Zuschlag jedoch nur, wenn dafür gesondert Mitarbeiter finanziert und eingesetzt werden, die sich ausschließlich um die Betreuung (nicht z.B. um die Pflege) der Heimbewohner kümmern. Der Leistungszuschlag soll so bemessen sein, dass pro Bewohner mit hohem allgemeinem Betreuungsaufwand in der Regel ein Fünfundzwanzigstel der Personalkosten einer Vollzeitbetreuungskraft finanziert werden kann oder anders gesagt, dass für je 25 Bewohner mit hohem Betreuungsbedarf eine Vollzeitkraft für die Betreuung eingesetzt werden kann. An die fachliche Qualifikation der Betreuungskräfte werden vermutlich keine hohen Anforderungen von den Pflegekassen gestellt. Entsprechend werden auch die Leistungszuschläge für deren Personalkosten nicht sehr hoch ausfallen.

Die Pflegeheime müssen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über das zusätzliche Leistungsangebot informieren, sobald es besteht.

Konkrete Schritte zum Erhalt der Leistungen

1. **Antragstellung:** Wenn Sie schon einmal einen Antrag auf Einstufung in der Pflegeversicherung gestellt haben, erkundigen Sie sich bei Ihrer Pflegekasse, ob die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf anerkannt wurden und eine Abrechnung dieser Leistungen möglich ist. Falls nicht, stellen Sie dazu gegebenenfalls einen Antrag oder schreiben Sie an die Pflegekasse des Kranken einen kurzen Brief mit folgendem Text:
„Hiermit stelle ich für den Versicherten einen Antrag auf Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf.“
 (§ 45 a/b SGB XI)
2. **Sammeln Sie bereits jetzt alle Kostenbescheinigungen und Belege**, durch die Ihre Ausgaben für die Betreuung und Pflege Ihres Angehörigen nachgewiesen werden (wichtig sind Belege für die Tagespflege, die Kurzzeitpflege, für Betreuungsleistungen von Pflegediensten und für Betreuungsleistungen von anerkannten Diensten wie z.B. Betreuungsgruppen, Helferkreisen usw.). **Achtung:** grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen können nicht abgerechnet werden! Auch die Betreuungshilfe etwa durch einen Nachbarn, dem Sie ein kleines Entgelt für seine Hilfe bezahlen, kann nicht abgerechnet werden. Dies ist nur im Rahmen der Verhinderungspflegeleistung möglich.
3. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Pflegekasse nach der Liste der **sonstigen regionalen Angebote**, die „nach Landesrecht“ anerkannt werden. Falls Sie unzureichende Auskünfte erhalten, wenden Sie sich an das Sozialministerium Ihres Bundeslandes.
4. Nach einigen Wochen erhalten Sie einen Bescheid über die Anerkennung der Anspruchsvoraussetzungen.
5. Wenn Sie einen Ablehnungsbescheid erhalten, können Sie **Widerspruch** einlegen. Schreiben Sie an die Pflegekasse:
„Hiermit lege ich Widerspruch gegen den Bescheid vom zur Anerkennung von Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ein.“
 Begründen Sie Ihren Widerspruch mit einigen Sätzen, in denen Sie schildern, dass sich bei Ihrem Angehörigen im Alltag Beeinträchtigungen entsprechend der **Kriterien 8. und 10.** und evt. weiterer Kriterien ergeben.
 Legen Sie gegebenenfalls die Kopie eines fachärztlichen Berichts eines Neurologen oder Psychiaters bei, in dem die Diagnose der Demenz und deren Auswirkungen beschrieben ist. Ist dies nicht möglich, bitten Sie den Hausarzt, entsprechende schriftliche Angaben zu machen oder bitten Sie einen betreuenden Pflegedienst, die Auswirkungen der Demenz bei Ihrem Angehörigen kurz schriftlich darzustellen. Senden Sie die Unterlagen an die Pflegekasse und behalten Sie eine Kopie. Falls Sie nochmals einen ablehnenden Bescheid erhalten, haben Sie die Möglichkeit, beim Sozialgericht eine Klage zu erheben.
6. **Einreichen der Kostenbelege:** Senden Sie die gesammelten Kostennachweise in regelmäßigen Abständen an die Pflegekasse mit bitte um Rückerstattung im Rahmen der Leistungen nach § 45b. Beachten Sie, dass nur Kosten anerkannt werden, die sie selbst bzw. der Kranke erstattet haben. Fordern Sie gegebenenfalls weitere Kostenbescheinigungen von Betreuungsangeboten an, wenn Sie welche benötigen.
 Falls die Pflegekasse einzelne Kostennachweise nicht anerkennt, suchen Sie Rat bei einer Alzheimer Gesellschaft, einer Beratungsstelle oder einem Pflegedienst.